Lane Medical Library

Über hysterische und epileptische Krampfzustände und eigenartige Zwangshandlungen in einem Falle degenerativen Irreseins.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst den beigefügten Thesen

mit Zustimmung

der Hohen Medizinischen Fakultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Dienstag, den 15. Juli 1902,

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Maximil. Lemke,

Assistenzarzt an der Königl. Psychiatr. Klinik
der Universität Greifswald.

Opponenten:

Herr Cursist Georg Bräuer.

Herr cand. med. Curt Hanusa.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1902.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medicinischen Fakultät
der Universität Greifswald.

Prof. Dr. Martin,

Referent: Prof. Dr. Moritz.

Meiner teuren Mutter und meinem Bruder Fritz

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154012_0065

Ueber Hysterie und Epilepsie ist bereits soviel geforscht und geschrieben worden, dass es in dieser Arbeit nicht meine Aufgabe sein kann, etwas Neues den vielen bislang bestehenden Theorien hinzuzufügen oder gar über deren Wesen neue Aufschlüsse zu geben, sondern ich muss mich darauf beschränken, die einzelnen Krankheitserscheinungen sowie einige differentialdiagnostische Punkte, soweit sie an der Hand meines Falles in Erörterung kommen und einer neueren Auffassung beider Krankheitsformen gerecht werden können, in nähere Erwägung zu ziehen. Ausserdem bietet mein Fall die interessante Erscheinung der Pupillenstarre während der grossen Anfälle dar, sodann die wohl in der Ausprägung wenn auch nicht befremdende so doch bemerkenswerte Kombination von Hysterie und Zwangsirresein. Auch diese beiden Momente sollen die ihnen gebührende Berücksichtigung finden.

Bevor ich jedoch zur Erörterung meiner Auffassung der berührten Puncta und zu deren Begründung schreite, möge zunächst die Krankengeschichte meines Falles in Kürze hier folgen:

Anamnese: J. K., Büdner, ev., 24 Jahre alt. Von erblicher Belastung ist nichts zu eruieren. Patient ist mit einer kompletten Hasenscharte geboren. Von seinem 15. Jahre ab leidet er an Krämpfen. Anfänglich traten dieselben nur selten auf, allmählich nahmen sie an Häufigkeit und Dauer zu. Im Oktober 1899 lief er in einem Verwirrtheitszustande fort, wurde aber gleich wieder zurückgeholt.

Status präsens: 23. 8. 00. P. ist von mittlerer kräftiger Statur, 1,62 m gross, wiegt 62 kg und befindet sich in

gutem Ernährungszustande. Pupillen reagieren prompt auf Lichteinfall, Sehnen-Reflexe sind nicht gesteigert. Ausser der Hasenscharte körperlich nichts Abnormes. P. ist vollkommen klar, zeitlich und örtlich gut orientiert, kann gut rechnen, ist aber wegen der Hasenscharte schwer verständlich. Er bekommt gleich nach der Aufnahme einen leichten Anfall, ist aber nachher sofort klar und erzählt, ihm sei plötzlich schwindlig geworden.

Vom 23. bis 26. 8. täglich mehrere leichte Anfälle.

27. 8. P. hatte heute einen schweren Anfall, 10 Minuten dauernd, bei dem er aus dem Bette fiel, danach herrschte starke Benommenheit, während deren er verschiedene turnerische Uebungen im Bette anstellte.

30. 8. Gestern mehrere leichte Anfälle. Heute ein schwerer. Mittags begann P. plötzlich den Korridor entlang zu laufen und sprang durch ein offen stehendes Fenster in den Garten, den er gleichfalls durchlief. Er erklärte nachher, er habe alles mit voller Ueberlegung gethan, habe aber nicht anders handeln können.

31. 8. P. war heute nachmittag wieder sehr unruhig.

1.—3. 9. Anfallfrei; heute verspürt er ein Kribbeln in den Füssen, bald darauf Anfall.

12. 9. P. ist die ganze Zeit über anfallfrei gewesen.

19. 9. P. hatte Krampf in den Beinen; er müsse viel umhergehen, um dadurch den Anfall zu vermeiden.

25. 9. Heute nachmittag kommt P. plötzlich den Gang herabgelaufen, reicht dem Arzt die Hand und fragt: „Wie geht es, Herr Doktor?“ Dabei macht er einen leicht manischen Eindrucks und meint, ihm ginge es sehr gut. Der Aufforderung, ins Bett zu gehen, kommt er sofort nach. Nach einiger Zeit springt er wieder aus dem Bett und hüpft abwechselnd von einem Fuss auf den andern und streckt die Arme aus nach Art eines Indianertanzes.

7. 10. Nach einem Streite mit einem anderen Patienten

ein Anfall. Bei der Visite davon erzählend, bekommt er einen erneuten Anfall, läuft sodann, die Füsse mit der ganzen Sohle heftig aufsetzend, trappsend im Zimmer umher, klettert am Fenster empor und will hinaus; ins Bett zurückgebracht, machen die Beine noch fortwährend Gehbewegungen. Darauf giebt P. an, er wüsste von dem Anfalle, ist dabei noch sehr erregt und schimpft.

8. 10. Druck auf die Ovarialgegend löst keinen Anfall aus. Es besteht keine Anaesthesie.

10. 10. Patellarreflex nur mit Hilfe des Jendrassikschen Handgriffes auszulösen.

12. 10. Heute wieder ein Anfall. P. lehnt dabei nach hinten über. Arme und Beine sind gespreizt, der ganze Körper steif. Pupillen weit und reaktionslos. Dauer ca. 2 Minuten; dann springt er auf und marschiert in der Stube umher, jedoch mit unnötiger Kraftanstrengung. Der Blick ist gradeaus gerichtet, starr, der Gesichtsausdruck bald gespannt, bald mehr ängstlich; stösst mit rauher polternder Stimme unverständliche Worte hervor. Er versteht alle Aufforderungen und kommt ihnen nach; erkennt ihm gezeigte Gegenstände: Geldstücke etc. Jetzt sind die Pupillen eng und reagieren prompt. P. ist vollkommen orientiert, fängt plötzlich an zu lachen und springt auf einem Beine umher, zeitweise unter den bizarrsten Verrenkungen des ganzen Körpers, ohne jedoch zu Fall zu kommen; dann wieder nimmt er ein Bein in die Hand und führt auf dem andern groteske Sprünge aus oder schiesst Kobold; ist dabei für Anrufe stets zugänglich. Puls sehr klein und sehr frequent. Atmung stark beschleunigt, Gesicht kongestioniert; ist kurz nachher weinerlich und klagt über Schmerzen in Hüfte und Knie. Reflexe wie sonst.

13. X. Gewicht 66,5 kg. Heute morgen ein Anfall. Bei der Visite spricht er noch etwas rauh, springt dann plötzlich aus dem Bett, wirft sich auf den Rücken und rutscht so, mit Händen und Füssen heftig um sich schlagend, im Zimmer umher, wobei

er unartikulierte Laute ausstösst; Gesicht kongestioniert, fliegender Atem und Puls. Auf Anrufe reagiert er nicht, versteht sie aber sicher, denn wie ein anderer Patient, erschreckt, zu beten anfängt: „Herr vergieb ihnen" ruft er ihm zu: „Halts Maul!" Schliesslich liegt P. einen Augenblick ruhig und beginnt dann, sich ganz langsam, automatenmässig, aufzurichten und an sein Bett zu gehen. Einen Wärter, der ihm behilflich sein will, schreit er wütend an und bekommt sofort einen ganz ähnlichen Anfall. Nach einer Stunde beginnt der Anfall mit einem leichten Arc de cercle; dann folgen typische attitudes passionelles: Er ballt die Fäuste, grimmassiert, bohrt den Kopf in die Kissen, schlägt mit Armen und Beinen um sich, klappt mit den Zähnen. Pupillenreaktion prompt. Auf tiefe Nadelstiche wird zuerst nur schwach, dann mit deutlichen Abwehrbewegungen reagiert. Druck in der Ovarialgegend löst keinen Anfall aus.

14. X. Heute lässt sich durch Druck auf die Unterbauchgegend ein rudimentärer Anfall auslösen.

15. X. In der Nacht ein Anfall. P. behauptet, sich in die Zunge gebissen zu haben, doch ist hier nur eine ganz minimale Erosion zu entdecken; die Bewegungen müsse er machen, weil eine solche Angst über ihn komme und zwar unter dem Einflusse plötzlich in ihm auftauchender Gedanken. Er verstehe während der Anfälle alles, was gesprochen werde.

16. X. Nach längerem Druck auf die Ovarialgegend entsteht ein rudimentärer Anfall: Beschleunigte Atmung, dann Andeutung von arce de cercle. Im ersten Stadium reagieren die Pupillen prompt auf Lichteinfall, während der allgemeinen tonischen Anspannung der Muskulatur aber reagieren sie zuerst sehr träge und ganz kurze Zeit garnicht. Darauf verlässt P. das Bett und geht mit gespreizten Schritten umher.

17. X. Bei längerem Druck auf die Unterbauchgegend: beschleunigte Atmung. Pupillen reagieren prompt. Sowie der Druck verstärkt wird, rötet sich das Gesicht, die Augen werden weit aufgerissen, der Körper beugt sich in opithotonischer Haltung hinten über. Die Pupillen erweitern sich, reagieren zuerst wenig ausgiebig und dann garnicht mehr. Beim Nachlassen des Druckes hört der Opithotonus auf. Die Pupillen reagieren prompt. Auf erneuten Druck: Pupillen wieder weit und starr.

19. X. Heute gelingt es durch den Anzug hindurch einen rudimentären Anfall auszulösen; das Gesicht nimmt einen ekstatischen Ausdruck an, die Augen sind weit geöffnet starr geradeaus gerichtet, Rumpf hinten übergebeugt, Hände und Beine gespreizt. So balanziert er auf einer Kante der Bank. Auf der Höhe des Anfalls: Pupillen wieder starr. Nach dem Anfalle ist er vergnügt, die Stimme krächzend und rauh. Er zittert beim Stehen am ganzen Körper.

21. X. Gewicht 67 kg. Wiederum ein Anfall bei Druck durch den Anzug hindurch. Darauf macht er eine Zeit lang Kniebeugen, streicht sich dann rhythmisch mit den Handflächen die Oberschenkel.

22. X. 2 Anfälle.

23. X. P. liegt heute in einem anfallsähnlichen Zustande da, Atmung beschleunigt, Pupillenreaktion propmt. Bei Druck auf die Unterbauchgegend: typischer arc de cercle.

In diesem Zustande sind die Pupillen absolut lichtstarr. Sobald der allgemeine Spasmus nachlässt, tritt wieder prompte Reaction ein. P. richtet sich langsam auf, macht ein eigentümlich vergnügtes Gesicht und sagt: „Es freut mich, Herr Doktor, dass Sie mich so munter machen.“ Die Sprache ist laut, rauh, eigentümlich skandierend. Das ganze Benehmen hat in diesem Zustande etwas Moria-Aehnliches.

25. X. Gestern zwei Anfälle. P. ist noch immer etwas gespannt. Bekommt bei der Visite selbst einen Anfall mit arc de

cercle. Auf der Höhe des Anfalles sind die Pupillen, die vorher prompt reagierten, weit und lichtstarr. Bald darauf macht er mit Armen und Beinen allerhand langsame rhytmische Bewegungen; fasst sich dann an Ohren, Augen, Nase etc., als wenn er sich von ihrem Vorhandensein überzeugen müsse. Er wolle wissen, ob noch das richtige Gefühl darin sei. So greift er nach Händen, Füssen, Gesäss und Hoden; sagt jedesmal, wenn er mit einem Körperteil fertig ist: „Es stimmt." Am Abend hat er wieder einen längeren Anfall.

27. X. P. liegt wieder in einem anfallsähnlichen Zustande. Macht mit den Händen allerlei greifende, zupfende Bewegungen. Plötzlich ein spontaner Anfall mit Opisthotonus. Auf der Höhe desselben auch bei zentraler Beleuchtung: Pupillen absolut lichtstarr. Unmittelbar nachher wieder jene eigentümliche fröhliche Stimmung, worin Patient äussert, so ein Anfall erleichtere ihn.

29. X. P. bekommt fast stets bei Gelegenheit der Visite einen Anfall mit Opisthotonus und Pupillenstarre.

31. X. Am Abend geht er mit gespreizten Schritten umher, führt dabei mit einer fingierten Persönlichkeit ein Gespräch über seinen Zustand, versucht dann in Reimen zu sprechen: Ja, ja, ja, ja, das ist richtig für mich, Aber, aber, aber, aber, das kann man ansehen mich, und dergl. Oefter knüpft er auch an oben Gehörtes an. Aufgefordert, geht er willig zu Bett; er wolle von dem ganzen Treiben nichts mehr wissen und wird sehr erregt.

3. XI. P. springt auf allen Vieren im Zimmer umher, kriecht unter die Betten und versucht sie mit seinem Rücken hochzuheben, läuft dann wieder trampelnd umher, beisst in die Bettdecken, springt schliesslich mit staunenswerter Gewandtheit und affenartiger Geschwindigkeit von einem Bett ins andere, ohne Jemanden zu verletzen. Geht endlich willig zu Bett.

6. XI. P. bittet, heute entlassen zu werden. Bald darauf

macht er einen Fluchtversuch. Trotz grosser Erregung fügt er sich allen Anordnungen. Nach einem Anfalle ins Bett gebracht, setzt er sich verzweifelt zur Wehr und muss isoliert werden.

8. XI. Neuer Anfall. Läuft darauf, nur mit dem Hemd bekleidet, in den Garten, ist sehr erregt, muss wieder isoliert werden, reisst in der Zelle die Bohlen auf. Beruhigt sich bald.

11. XI. Bei der Visite hat P. einen Anfall mit Opisthotonus.

18. XI. Besuch seines Vaters. Dieser giebt an, dass die Krämpfe zuerst nur nachts aufgetreten seien. P. habe sich dabei in die Zunge gebissen und ins Bett genässt. Später habe er auch getrampelt und mit den Händen geschlagen. Er sei mehrere Male fortgelaufen und habe ein Mal im Hemde einen 3 Meilen langen Weg gemacht. Stets habe er sich an alles erinnern können.

20. XI. Druck auf die Ovarialgegend löst wieder arc de cercle mit Pupillenstarre aus. Als ein Patient ihn hierbei stört, wirft er diesen erst hinaus und bekommt dann prompt einen neuen Anfall.

1. XII. 67 kg. Nachts ein Anfall, leichte Erosion an der Zunge.

19. XII. P. war bis jetzt im allgemeinen ganz ruhig und verständig; heute wünscht er in grosser Erregung seine Entlassung. Er spricht wieder in seiner eigentümlich polternden Weise und macht mit den Beinen Gehbewegungen auf der Stelle. Druck auf die Unterbauchgegend löst wieder arc de cercle mit anfänglich verminderter, dann aufgehobener Pupillaraktion aus.

20. XII. Sowie man den P. nach dem gestrigen Anfall fragt, beugt er sich unvermittelt starr hinten über und läuft dann wieder trampelnd umher, rennt mit dem Kopfe gegen die Thür, schlägt gegen die Bettstellen, dabei fortwährend schimpfend.

1901. 10. I. In der Zwischenzeit benahm sich P. ruhig und gesetzt. Er hat heute morgen wieder einen Anfall mit Trampeln bekommen, ging aber auf Befehl zu Bett. Dann trat Opisthotonus ein, danach Zuckungen, sodass er zweimal aus dem Bette fiel, ohne sich jedoch zu verletzen. Er klagt darauf über Schmerzen im Kopf und Oberschenkel.

13. I. Zwei Anfälle bei der Visite; nachmittags in der forensischen Vorlesung lassen sich durch Druck verschiedene Anfälle mit Opisthotonus auslösen.

17. I. P. versucht sich mit dem Nachtgeschirr an den Kopf zu schlagen.

19. I. Neuer Anfall; läuft wieder trampelnd umher.

20. I. Bei der Visite wiederum ein Anfall. Er springt mit grosser Gewandtheit auf Betten, Waschtisch etc.

21. I. Anfall mit Klownismus: P. liegt da, das eine Bein an den Leib gezogen, das andere mehr gestreckt, und hält die Füsse mit den Händen fest. Zuckende Bewegungen mit dem ganzen Körper machend, stösst er rhythmisch unartikulierte Laute aus. Druck auf die Unterbauchgegend und Suggestion lassen alsbald den Anfall verschwinden. Ueber seinen Anfall befragt, bekommt er sofort einen ebensolchen Anfall, beschwert sich aber über die Aufforderung, er habe doch die Schmerzen davon.

29. I. Bis jetzt frei von Anfällen. P. ist psychisch normal.

12. II. Nach einem Anfalle springt P. vergnügt umher, umarmt die Aerzte, beruhigt sich bald wieder.

13. II. P. hat bei der Visite einen Anfall.

14. II. Neuer Anfall. P. sitzt aufrecht im Bette, stösst abgehackte, unverständliche Worte rhythmisch hervor und macht dazu im Takte Bewegungen mit Kopf und Händen. Pupillen reagieren prompt.

15. II. Mehrere ähnliche Anfälle.

17. II. Nach einem Anfalle reimt P. wieder, wobei er an alles, was er sagt, anknüpft.

18. II. P. liegt ganz steif da, den Mund weit geöffnet, und die Luft so lange anhaltend, bis sein Gesicht ganz cyanotisch wird.

19. II. P. befindet sich in einer Art Verwirrtheitszustand; er hat sich heute morgen heftig ins Gesicht geschlagen.

20. II. P. ist am Morgen etwas deprimiert.

22. II. Wieder normales Benehmen. P. darf aufstehen; schreibt links fliessend Spiegelschrift etc.

3. III. P. hat nachts einen Anfall. Auf der Zungenspitze eine Abschürfung.

17. III. Zwei kleine Anfälle, wieder leichte Erosion an der Zunge.

20. III. Gestern einen, heute zwei längere Anfälle mit Trampeln. Bei dem zweiten schlägt er sich wiederum heftig und zwar mit den Fäusten ins Gesicht, an Brust und Oberschenkel. Bei einem künstlich erzeugten Opisthotonus sind unter Linsenbeleuchtung die Pupillen auf der Höhe des Anfalles für kurze Zeit absolut starr; später zeigen sie Hippus.

22. III. Gestern ein Anfall. Heute morgen wiederum ein kurzer, wobei er sich mit Kopf und Fussspitzen aufliegend, um seine Längsachse dreht. Nachmittags springt er plötzlich aus dem Bette, läuft in den Garten und versucht über die Mauer zu kommen, beruhigt sich dann bald und dankt dafür, dass er festgehalten worden sei. Er habe vergebens versucht der Angst Herr zu werden, habe aber nicht anders handeln können.

23. III. Bei der Morgenvisite Anfall mit Opisthotonus.

25. III. Regelmässig bei den Visiten Anfälle. Einmal singt oder vielmehr brüllt er ein selbst erfundenes Lied ca. eine Stunde lang.

29. III. P. bittet den Professor, ihm den Leib zu drücken, dann werde ihm leichter. Der Druck löst wie immer Opisthotonus mit Pupillenstarre aus. P. bedankt sich hinterher.

30. II. P. spricht dieselbe Bitte aus, bekommt dann eine

Reihe von Anfällen mit Opisthotonus, richtet sich im Bette auf und ruft laut die Namen einzelner Körperteile, wobei er auf diese zeigt. Als er das Wort „Arschloch" ausruft, muss er sich bei Seite wenden und etwas lachen. Das Wort Eier muss er aussprechen, trotzdem er fast zu weinen dabei anfängt. Er sagt: „Ich muss das Wort vorbringen, das aus meinem Munde herauskommt." Darauf bittet er: „Nehmen Sie es mir nicht übel, in meinem Herzen ist solche Angst. Mit meinen Augen sehe ich das Licht, an meinen Fingern habe ich Nägel. Ich habe innerlich auch Knochen, auch Sehnen, auch Fleisch, auch Blut, auch Gehör in meinem Kopf, auch noch ganz feine Haut. In meinem Körper ist also Gefühl, Licht, Gehör und Leben, das bin ich, so wie ich hier liege." Gefragt, warum er immer so hantieren müsse, sagt er: „So lange das Gefühl so andrängt, muss ich das so machen.

1. IV. P. bekommt im Schlafe einen epileptischen Anfall. Zuckungen zuerst in den Beinen, dann in den Armen, schliesslich am ganzen Körper, Verziehen des Gesichtes; dies dauert wenige Minuten. Darauf ist P. ca. eine Viertelstunde lang ganz benommen, antwortet nicht auf Fragen, fühlt sich nachher sehr matt. Zwei kleine Zungenbisse, kein Urinabgang. Er sagt selbst, dieser Anfall sei anders wie gewöhnlich, das starke Angstgefühl sei diesmal garnicht dagewesen. Es besteht Amnesie für den Anfall, während er sich im Uebrigen an alles erinnern kann.

2. V. Gewicht: 66,5 kg. P. war bis jetzt frei von Anfällen, beschäftigt sich mit Schnitzereien.

4. V. P. bekommt wieder seine „Tour". Er fühlt dies voraus und bleibt von selbst im Bette liegen.

Vorstellung im medizinischen Verein:

Beim erstmaligen Druck auf die Ovarialgegend tritt arc de cercle ein, dann springt er nach Art eines Affen bis auf die oberste Sitzreihe, wo er aufrecht stehen bleibt und dann wieder ruhig hinunter geht.

19. V. Epileptischer Anfall. Biss in die Zunge.

21. V. Hat wieder seine „Tour". Zuerst mehrere abortive Anfälle, wobei er kurze Zeit stöhnend umhergeht. Dann wieder seine alten Anfälle mit Trampeln etc.

24. V. Alle Tage mehrere meist kurze Anfälle. Er schlägt sich oft heftig ins Gesicht.

1. VI. Gewicht 63,5 kg. Mehrere Anfälle mit Trampeln.

12. VI. P. bitet um seine Entlassung. Nachmittags legt er sich von selbst zu Bett, spricht wieder in dem eigentümlich rauhen Tone, der sich immer bei seinen Touren einzustellen pflegt.

30. VI. Zwei epileptische Anfälle, leichte Zungenbisse. P. hat totale Amnesie für den Anfall. Er sagt selber, diese Anfälle seien ganz anders, als wenn er so hantieren müsse.

7. VII. P. bekommt wieder seine Tour, bleibt von selbst im Bette, bittet den Arzt, einen Anfall bei ihm hervorzurufen, danach fühle er sich leichter. Er umarmt gleich nach dem arc de cercle den Arzt und entschuldigt sich dann deswegen.

9. VII. Er ärgert sich über einen anderen Patienten; als die Wärter ihn beruhigen wollen, wird er aggressiv gegen dieselben; beruhigt sich jedoch bald.

11. VII. Anfall bei der Visite. Er beginnt zu röcheln, hält dann die Luft an, bis das Gesicht ganz cyanotisch wird, Opithotonus, darauf krampfhafte Brechbewegungen. Während des Anfalles versteht er alle Aufforderungen.

13. VII. Kurzer Anfall, läuft darauf im Hemde fort.

17. VII. bittet bei jeder Visite den Arzt, einen Anfall künstlich auszulösen, er fühle sich danach leichter.

13. IX. Bis jetzt frei von Anfällen. Mässig starker Anfall.

14. IX. Starker Anfall. Nachmittag gehemmt, spricht langsam, Blick starr, Beine angezogen, Gesichtsausdruck traurig. Spricht dann laut und ausdrucksvoll: „Der Tag ist zur Arbeit, die Nacht zum Ruhen, wenn es immer Licht wäre, hielten wir es nicht aus; das ist einmal so. Leben und Sterben und Luft ist auf der Welt; das macht unser Herrgott etc.

16. IX.—21. IX. Neun grössere Anfälle.

21. IX. Beschleunigte Atmung, starrer Blick, Nacken steif, springt auf, reisst das Hemd vom Leibe, röchelt stark; bekommt Würganfälle. P. ist bei vollkommener Besinnung; nach dem Anfall stark gehemmt.

23. IX. Schwerer Anfall. Pupillenreaktion anfangs ausser-gewöhnlich ergiebig, dann träger; auf der Höhe des Anfalls einen Augenblick gar keine Reaktion, worauf wieder Reaktion eintrat. Nach dem Anfall starke Hemmung.

15. XI. Bis jetzt völlig freies Intervall; heute kurzer Anfall.

19. XII. Epileptischer Anfall mit leichtem Zungenbiss.

1902. 1. II. Epileptischer Anfall mit Zungenbiss und Bettnässen.

4. II. Klinische Vorstellung: Arce de cercle; lässt sich dann in steifer Haltung vornüber fallen, kriecht dann auf allen Vieren, steht auf und ruft: „Ich bin ein Mensch von Gott gemacht."

22. II. Hat mehrere hysterische Anfälle gehabt.

1. III. Seine Tour scheint wieder beendet zu sein.

Ohne auf die Geschichte der Hysterie des Näheren einzugehen, will ich eingangs nur erwähnen, dass in Frankreich Ballet und dessen Schüler Marquézy und Tabarand wohl als erste sich mit dem Studium der männlichen Hysterie befasst haben, sodann Charcot und seine Schule, die so unendlich wechselvollen Phänomene der Hysterie studierten und analysierten. Obgleich man Frankreich ohne zu grosse Uebertreibung die Heimat der in Rede stehenden Krankheitsform nennen darf, so fehlt es doch auch bei uns in Deutschland durchaus nicht an typischen Fällen der grande hysterie mit ihren eigentümlichen theatralisch-fanatischen Erscheinungen und interessanten durch andere Krankheitsbilder bedingten Komplikationen. Es ist unmöglich, auf alle Definitionen und Auffassungen der hysterischen Erkrankung genauer einzugehen, doch sei mir gestattet, in wenigen Worten das Notwendigste darüber zu sagen.

Man ist einerseits geneigt, die Hysterie als reine Neurose d. h. als eine Erkrankung, die hauptsächlich oder ausschliesslich das periphere Nervensystem und zwar auf Grund einer neuropathischen Diathese befällt, aufzufassen, andererseits als reine Psychose, sodass alle hysterischen Phänome als psychisch bedingt zu betrachten sind.

Als Vertreter der ersten Ansicht führe ich Karplus an (25): Er schreibt in der Erörterung über die Pupillenstarre als ideogenes Phänomen: „Es liegt nicht ferne, zu fragen, wenn im hysterischen Anfalle das eine oder das andere Phänomen nicht ideogener Natur ist, wie steht es dann überhaupt mit der psychischen Natur des hysterischen Anfalles? Vielleicht sind psychische Vorgänge nur in der Weise ursächlich von Bedeutung, dass durch sie ein praeformierter Mechanismus ausgelöst wird, der an und für sich mit psychischen Vorgängen nichts zu thun hat."

Für die 2. Auffassung zitiere ich Janet (28): „Die Hysterie ist eine Geisteskrankheit aus der grossen Gruppe der Degenerationserkrankungen . . . . . hauptsächlich ist sie gekennzeichnet durch moralische Symptome, von denen das wichtigste eine Herabsetzung der Thätigkeit der psychologischen Synthese, eine Einengung des Bewusstseinfeldes, ist."

Noch weiter geht Möbius, indem er sagt: „Hysterisch sind alle diejenigen krankhaften Veränderungen des Körpers, welche durch Vorstellungen bedingt sind" (Aus Löwenfeld. 13).

Bei solchen weit auseinandergehenden Meinungen ist es vielleicht geraten, einen Mittelweg einzuschlagen und die Hysterie, wie Löwenfeld, vor allem Strümpell u. a. zu definieren als eine Neuropsychose, wodurch einerseits die unleugbar deutlich vorhandenen psychischen Anomalien als auch die abnormen körperlichen Innervationsvorgänge ihre Erklärung finden.

Doch was ist mit dem Namen Neuropsychose geleistet? Wir haben dabei nicht etwa an eine Kombination einer auf irgendwelcher Anomalie des peripheren Nervensystems beruhenden

Erkrankung mit einer auf heterogener Basis entstandenen Psychose zu denken, sondern müssen eine gleiche, das periphere wie zentrale Nervensystem gleichzeitig affizierende Noxe in Anspruch nehmen.

Welcher Art diese Schädlichkeit sei, ist in einer für alle Male verbindlichen Art wohl nicht anzugeben, aber auch für den einzelnen konkreten Fall oft schwer zu eruieren.

Giannuli macht (22) beispielsweise emotionelle Faktoren für die Genese der hysterischen Phänomene verantwortlich, indem er sagt, dass die Gemütsbewegung ähnliche hysteroide Symptomenkomplexe erzeuge, wie man sie sonst in den Krankheitsbildern der degenerativen Hysterie findet. Es sei nicht unwahrscheinlich, dass die Emotion für sich allein sowohl die hysterische, wie neurasthenische Neurose hervorbringen könne und zwar dann, wenn die Natur der erregenden Thatsache in direktem Verhältnisse zur Schwere der Neurose stehe; wenn nicht, dann sei auf erbliche Belastung zu schliessen.

Nun glaube ich dagegen bemerken zu dürfen, dass, wenn anders überhaupt ein emotives Ereignis nachweisbar zu Grunde liegt, sich das von Giannulli postulierte Verhältnis im Einzelfalle schwer würde feststellen lassen. Denn was dem Einen bereits grossen Schreck einjagt, lässt den Anderen mit weniger labilem Nervensystem noch vollkommen unberührt. Andererseits lehrt uns die tägliche Erfahrung, dass selbst sehr impressionable und emotive Naturen zwar durch einen Schreck und dergl. sehr stark affiziert und wohl auch von vorübergehenden körperlichen Störungen der Muskelinnervation, der Temperatur oder des Gefässsystems befallen werden, jedoch noch sehr weit von der Acquisition irgend welcher hysterischer Dauersymptome entfernt sind. Giannuli argumentiert eben mit den erwähnten körperlichen Störungen, die schon durch Gemütsbewegungen verursacht werden sollen, und führt dazu an, dass z. B. vielen Epilepsien oft ein Schreck, ein psychischer Shock vorausgehe.

Wenn nun zwar einer emotiven Thasache bei der Genese der hysterischen Erkrankung nicht jeder Einfluss abgesprochen werden darf, so geht es doch kaum an, jener den Charakter einer bestimmenden wesentlichen Ursache beizulegen.

Wir werden vielmehr zunächst eine neuropathische Diathese als conditio sine qua non postulieren müssen, und auf dieser Basis mag dann der emotionelle Faktor in seine Rechte kommen. Wo die besagte Disposition gegeben ist, da kann die Gemütsbewegung auf den Organismus eine, wie Giannulli sagt, chemisch biologische Wirkung erzeugen, welcher hysteroide Symtomenkomplexe entsprechen.

Mein Patient gehört jedoch in die Gruppe der degenerativen Hysterischen. Von irgend welchen Neuro- oder Psychopathieen in der Familie ist zwar nichts zu eruieren, doch ist Patient mit einer kompletten Hasenscharte geboren. Man fasst gewöhnlich dergleichen Missbildungen als Stigmata degenerationis auf, doch ist es angebracht, dabei sehr vorsichtig zu verfahren. Zahlreiche Menschen mit somatischen Defekten sind psychisch durchaus normal, und andererseits lässt sich bei ausgesprochenen Zeichen psychischer Degeneration kein körperlicher Fehler nachweisen. Binswanger (18) stellt bei der Behandlung der Frage nach der fortschreitenden Entwickelung pathologischer Keime in der Deszendenz fünf Generationen auf:

1. Erworbener neuropathischer Zustand.
2. Angeborene neuropathische Konstitution.
4. Einfache primäre Psychose und hysterische und epileptische Geistesstörung.
2. Organisch bedingtes, erblich degeneratives Irresein (period., impulsives etc. Irresein).
5. Auslöschen der verseuchten Familie.

Mein Patient wäre hiernach in die dritte, hauptsächlich aber in die vierte Generation zu stellen, denn wir sehen das Irresein in Perioden auftreten, zwischen denen normales Verhalten besteht, sodann die impulsiven Vorgänge, das Zwangs-

irresein sich an die Anfälle anschliessen. Die Diagnose des erblich degenerativen Irreseins ist übrigens in meinem Falle gesichert durch das gleichzeitige Vorhandensein der Missbildung (Hasenscharte) und durch die nervösen und psychischen Störungen, wie Krämpfe, labiler Gemütszustand und dergl.

Nach Magnan (16) ist nun jeder Hystericus ein dégénéré und das hysterische Irresein ein degeneratives. Die Entartung kann nach ihm ebenso wie ererbt auch erworben werden, da z. B. bei Kindern nach akuten Krankheiten oft Hemmung der geistigen Entwickelung eintritt.

Wir dürfen jedoch Hysterie und Entartung nicht vollkommen identifizieren, sondern müssen zum mindesten eine strenge klinische Sonderung beider Krankheitsformen aufrecht erhalten, denn letztere zu fordern ist die Hysterie mit ihrem so ausgeprägten Krankheitsbilde im vollsten Masse berechtigt. Ausserdem finden wir bei ihr oft so hoch entwickelte intellektuelle und sittliche Kräfte, dass sich das natürliche Empfinden dagegen sträubt, diese als auf dem Boden der Entartung emporkeimend zu bezeichnen.

Wenn man nun einerseits erwägt, dass beide Krankheitsformen oft miteinander vereint, dass Uebergänge zwischen beiden sich finden, dass die Hysterie nicht selten auf degenerativer Basis erwächst, andererseits aber, dass letztere auch ohne die psychischen und somatischen Anomalieen, wie sie der Entartung eigentümlich und für dieselbe charakteristisch sind, verlaufen kann, so sieht man sich gezwungen, den Stand der Frage nach der Stellung der in Rede stehenden Krankheit dahin zu präzisieren, dass man sagt: Die Hysterie erwächst sehr wohl und vielleicht zumeist auf degenerativem Boden, sie braucht es aber nicht, sie kann auch, wie ich oben bereits auseinandersetzte, aus einer einfachen, entweder ererbten oder acquirierten neuropathischen Konstitution des zentralen und peripheren Nervensystems sich herausentwickeln. Für letztere Möglichkeit sprechen die fliessenden Uebergänge zwischen Hysterie und

Neurasthenie, bei welch letzterer man doch wenig oder garnicht an Entartung zu denken gewohnt ist.

Dass mein Patient an degenerativer Hysterie leidet, wird, abgesehen von der Hasenscharte und seiner leicht reizbaren labilen Gemütsverfassung noch besonders dadurch erhärtet, dass bei ihm zweifellos das Phänomen des Zwangshandelns und -sprechens zur Beobachtung kommt. So bemerken wir am 30. XII. 1900 wie P. unter gewaltigem Anlaufe fortrennt, dabei bei klarem Bewusstsein ist und selbst erklärt, er habe nicht anders handeln können.

Am 15. X. erklärt er, die Bewegungen so machen zu müssen, weil eine solche Angst über ihn komme.

Am 25. X. sieht man ihn verschiedene rythmische Bewegungen machen, sich an verschiedene Körperteile fassen etc.

Am 25. II. und 20. III. 01 schlägt er sich heftig ins Gesicht.

Am 22. III. läuft er wiederum plötzlich fort, erklärt darauf, er habe der Angst nicht Herr werden und nicht anders handeln können.

Am 30. II. zeigt er auf die einzelnen Körperteile und ruft sie laut bei Namen; selbst die Namen der Genitalien und des anus muss er hervorbringen, trotzdem er dabei zu weinen anfängt.

Ich beginne die Erörterung über die Zwangserscheinungen mit der Definition C. Westphals: „Unter Zwangsvorstellungen verstehe ich solche, welche bei übrigens intakter Intelligenz und ohne durch einen Gefühls- oder affektartigen Zustand bedingt zu sein, gegen und wider den Willen des betreffenden Menschen in den Vordergrund des Bewusstseins treten, sich nicht verscheuchen lassen, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, welche der Befallene stets als abnorme ihm fremdartige anerkennt und denen er mit seinem gesunden Bewusstsein gegenübersteht.“ (6.)

Das von C. Westphal zuletzt angeführte Charakteristikum der Zwangsideen oder sagen wir der Zwangsvorgänge, nämlich

die Krankheitseinsicht, sehen wir in den Aeusserungen unseres Patienten klar und deutlich vorhanden; er müsse so und nicht anders, trotzdem er mit voller Ueberlegung handle; beim Aussprechen der obscönen Worte gerät er sogar in Weinen, was sowohl der beste Beweis für die Einsicht, die P. in den Zwangsvorgang hat, wie auch dafür ist, das seine Intelligenz hierbei vollkommen intakt bleibt. Es handelt sich also um einen unüberwindlichen Zwang psychischer Natur, der im Vordergrunde des Bewusstseins steht.

Etwas anderes ist es, wenn der berühmte Autor sagt, dass Zwangsvorstellungen nicht durch einen affekt- oder gefühlsartigen Zustand bedingt seien; denn darüber lässt sich streiten, ob nämlich die Emotion bei manchen Zwangsvorgängen in die Erscheinung tritt oder nicht, ob sie sodann die Ursache oder die Folge von Zwangvorgängen sei. Es ist nun aber hauptsächlich eine angstartige Erregung, die hierbei in Betracht kommt, und Störring (4) unterscheidet bei letzteren drei Arten von Angst:

1. Der primäre Angstaffekt, an den sich die Vorstellung anschliesst.
2. Eine sekundäre Angst, die innig mit der Vorstellung verknüpft ist und als Gefühlston derselben aufgefasst werden kann.
3. Eine sekundäre Angst, die erst infolge des zwangsmässigen sich Aufdrängens entsteht.

Wir sehen bei unserem Kranken die Angst in Paroxysmen auftreten; so am 15. X. und 22. X. 01 und werden wohl nicht fehl gehen, wenn wir diesen Angstaffekt als einen primären auffassen, aus denen heraus irgend welche dunkle Vorstellungen erwachsen, als deren logische Folge die verschiedenen Bewegungen oder das Fortlaufen sich darstellt. Ueber die Genese der Zwangsvorstellungen will ich nur bemerken, dass die Affekte, besonders aber die Angstaffekte, für die Fixierung und Reproduktion der Vorstellungen den günstigen Boden geben. So erinnern wir uns normaliter an affekterfüllte Er-

lebnisse (Examina, Todesfälle) bedeutend leichter als an andere. Wenn aber ein Affekt selbst reproduziert wird, was man öfter in den Angstparoxismen während der hysterischen und epileptischen Dämmerzustände beobachtet, so können die mit jenem verknüpften Vorstellungen zwangsmässig fixiert werden. Es sind also zunächst Zwanggefühle, (Störring l. c.) aus denen heraus sich Zwangsvorstellungen und -handlungen entwickeln.

Wenn unser Patient am 30. III. die Körperteile zeigen und sie laut bei Namen nennen muss, und dabei schliesslich weint, so handelt es sich auch hier offenbar um einen Zwangsvorgang. Der im Bewusstsein auftauchenden Vorstellung eines Körperteils folgt das zwangsweise Aussprechen seines Namens und der ersten Vorstellung auf associativem Wege zwangsmässig die eines anderen Körperteils. Eine emotive Grundlage ist hier wohl kaum anzunehmen, aber infolge des Sichaufdrängens entsteht sekundär ein Affekt der Unlust und des Unbehagens.

Auch die rhythmischen Bewegungen, die P. öfters vornimmt, sind wohl unter die Zwangshandlungen zu rechnen.

Wir haben es also nach Vortsehendem unzweifelhaft mit einer Zwangsneurose zu thun.

Ihre Erscheinungen sind nach Magnan (l. c.) das untrüglichste Zeichen der Degeneration. Da nun aber demselben Autor gemäss jeder Hysterische ein dégénéré ist, so bleibt von vorne herein zu erwarten, dass auf der Basis der Entartung die Phänomene der Hysterie wie der Zwangsneurose oft kombiniert erscheinen. Diese Auffassung dürfte auch für unseren Fall die richtige sein.

Die krankhafte Beschaffenheit des Gehirns, heisst es bei Magnan von den Entarteten, zeigt sich nicht nur in zwangsmässigem Denken und Thun, sondern auch in der Leichtigkeit, mit der bei ihnen Aufregungszustände auftreten.

Hier ist also die Labilität des entarteten Charakters gekennzeichnet, wie selbige auch der Hysterie und hier unserem Patienten eigen ist.

Nach Loewenfeld (17) finden sich Zwangsvorgänge nicht lediglich bei Hereditariern, jedoch ist ein Umstand nur für letztere charakteristisch, nämlich die Periodizität der Erscheinungen, die nicht durch äussere Verhältnisse, sondern durch krankhafte Veranlagung des Gehirns bedingt ist.

Auch unser P. lebt nicht in einem permanenten Irresein aus Zwangsvorgängen, sondern letztere treten in Paroxysmen auf, zum Teil mit Angstkrisen kombiniert, zum Teil ohne solche, zwischen denen ein vollkommen normales Verhalten Platz greift. Ueber die Genese der Zwangsvorstellungen insbesondere lässt sich trotz der vielen Theorien, die darüber bestehen, nicht viel mehr ausmachen, als dass nämlich, wie schon oben gesagt, die Emotion in den meisten Fällen die Fixierung derselben besorgt.

Fassen wir nun mit Loewenfeld (l. c.) den psychischen Zustand während eines Angstanfalles infolge der psychoreflektorischen Erregbarkeit dem während einer Hypnose bestehenden ähnlich auf, in der die erhöhte Suggestibilität die Fixierung auftauchender und den Ausfall entgegenwirkender Vorstellungen d. h. Zwangsvorstellungen hervorruft — oder sehen wir mit Beard (aus Loewenfeld l. c.) die in Rede stehende Erscheinung aus einer gegen die Norm auffälligen Schwäche und Unzulänglichkeit sich entwickeln, kombiniert mit myelasthenischen und cerebrasthenischen Symptomen — oder nehmen wir schliesslich die Zwangsvorgänge als psychisches Stigma der Entartung, wie Charkot und Magnan, oder als idiopathisches Krankheitsbild nach dem Vorbilde C. Westphals und wie Thomsen es will (12): „Wir müssen uns bescheiden, indem wir anerkennen, dass über den Anfang, Verlauf und das Ende der gedachten Erscheinung uns noch manches bisher unklar ist."

Im Anschluss an die Erörterung über die Zwangsvorgänge dürfte es angebracht erscheinen, noch kurz eines Punktes zu erwähnen, welcher der präziseren klinischen Auffassung meines Falles gegenüber einer anderen Krankheitsform zu gute kommt.

Ich meine mit letzterer die Katatonie.

Ich will im Folgenden kurz darthun, dass in meinem Falle trotz einiger vielleicht an Katatonie erinnernder Momente, an dieselbe nicht zu denken ist. Vgl. Nissl 30.

Es kämen hierbei zunächst die eigentümlichen rhythmischen Bewegungen in betracht, die wir den Patienten des öfteren vornehmen sehen.

Desgleichen die Gehbewegungen auf der Stelle am 19. XII. und die taktartigen Bewegungen mit abgehackten rhythmisch hervorgebrachten, unverständlichen Worten.

In ähnlicher Weise würde sich die Stereotypie in der skandirenden Sprache und den Reimversuchen am 31. X. offenbaren. Das plötzliche Lachen, das Brüllen selbsterfundener Lieder könnte als triebartige Handlung, also als auf Herabsetzung derWillensantriebe d. h. auf Willenssperrung beruhend, aufgefasst, und dafür nur die motorische Erregung verantwortlich gemacht werden. Nun wird man sich aber angesichts derjenigen Momente, durch welche das Bestehen einer Zwangsneurose, wie ich sie oben auseinandergesetzt, erhärtet wird, gezwungen sehen, auch die soeben aufgeführten Erscheinungen derselben zuzuschreiben, wofür vor allem die Einsicht in die Zwangsvorgänge, wie sie P. an den Tag legt, beweisend ist.

Sodann sehen wir die in Rede stehenden Handlungen nicht wie bei der Katatonie zerstreut und zu beliebiger Zeit auftreten, sondern immer im Anschlusse an die hysterischen Anfälle, sie begleitend und ihr Bild erweiternd; z. T. sind sie mit Angstparoxysmen kombiniert.

Während der anfallsfreien Zeiten dagegen ist P. vollkommen frei, hat ein ganz geordnetes Benehmen und erinnert durch nichts an irgend welche katatonischen Symptome.

Er hat insbesondere keine stupurösen Zustände, in denen sich die Erscheinungen des Negativismus oder der Befehlsautomatie bemerkbar machten. Auch sein ganzes Benehmen erinnert nicht im entferntesten an die katatonische Aufmerksamkeits- und Interesselosigkeit.

Wenn endlich jemand die Erregungszustände unseres Patienten für katatonische halten wollte, so wäre daran zu erinnern, dass letzterer nicht wie ein Katatoniker dabei von unsinnigen, blöden Einfällen, denen gleiche Handlungen entsprechen, beherrscht wird, sondern man merkt im Gegenteil, mit welcher Findigkeit P. handelt und welche Empfindlichkeit er des öfteren zum Ausdruck bringt.

Damit will ich nun diese Erörterungen beschliessen und wende mich nun zur Besprechung der Anfälle, die mein Patient im Verlauf von ein und einem halben Jahre erlitten hat. Dem Krankenjournal gemäss hat P. eine bedeutende Anzahl grösserer und kleinerer Paroxysmen erfahren, von denen sich die meisten als hysterische, andere als epileptische, noch andere als rudimentäre, deren Natur zunächst noch zweifelhaft bleiben kann, dokumentieren.

Charkot unterscheidet, wie bekannt, vier Phasen des grossen hysterischen Anfalles:

a) Periode epileptoide,
b) Periode de contorsions et de grands mouvements,
c) Periode des attitudes passionelles,
d) Periode de délire.

In der ersten Phase sind drei Stadien zu unterscheiden: Ein tonisches, ein clonisches und eins der Resolution. Man muss nicht erwarten wollen, dass in jedem grossen hysterischen Anfalle alle Phasen deutlich vorhanden sind, oder gar die oben angegebene Reihenfolge innegehalten wird. Es findet sich vielmehr, wie auch in unserem Falle, meist nur diese oder jene Phase in den einzelnen Paroxysmen ausgeprägt.

Einen typisch hysterischen Anfall finden wir am 12. X. verzeichnet: Zunächst ein tonisches Stadium, darauf eine Periode de contorsions et de grands mouvement, bei welch letzterer sich Patient in einem deliriösem Zustande befindet. Nach dem Gesichtsausdruck zu schliessen, erlebt er offenbar irgend eine aufregende Szene, steht wohl auch unter dem Einflusse von

Hallucinationen, dabei ist das Bewusstsein nicht wesentlich getrübt. Am folgenden Tage ist bei einem neuen Anfalle die dritte Phase, Periode des attitudes passionelles, typisch ausgebildet.

Das clonische Stadium in der Periode epileptoide ist beispielsweise am 10. I. deutlich aufgetreten, so dass P. aus dem Bette fiel, „ohne sich jedoch zu verletzen".

Die Erscheinungen des arc de cercle und des Clononismus finden wir an vielen Stellen der Krankengeschichte erwähnt.

Es würde zu weit führen, auf alle diese Dinge, die schon oft Gegenstand eingehender Erörterung geworden sind, des Näheren einzugehen. Was uns aber hier noch interessieren soll, ist der Nachweis der hysterischen Natur der beobachteten Anfälle. Es ist nicht so leicht, als wie es auf den ersten Blick scheinen mag, hysterische von epileptischen Anfällen immer mit Sicherheit zu unterscheiden.

Wenn jedoch ein Anfall sich künstlich provozieren lässt, der anderen spontan aufgetretenen und als hysterisch erkannten gleicht, so können wir dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse gemäss sagen, es handle sich bestimmt um einen hysterischen Anfall. —

So lässt sich zum ersten Male am 14. X. ein wenn auch nur rudimentärer Anfall durch Druck auf die Unterbauchgegend auslösen.

Am 23. X. entsteht bei der gleichen Prozudur ein typischer arc de cercle; zwei Tage darauf tritt ein solcher spontan auf und von da ab fast bei jeder Visite.

Da jeder Hystericus in mehr oder minder hohem Grade suggestibel ist, so erklärt sich nach Strüpell (3) die Wirksamkeit solcher Manipulationen sehr einfach: Bei denselben treten stets Vorstellungen als Zwischenglieder in Wirksamkeit und niemals handelt es sich hierbei um physiologische Reflexvorgänge. Es ist also die Leistung der Suggestion, die einen Anfall entstehen oder auch verschwinden lässt. In der Suggesti-

bilität erblicken wir somit ein Charakteristikum der hysterischen Konstitution, und die durch sie veranlassten Anfälle sind als hysterisch zu bezeichnen.

Neben vereinzelt aufgetretenen Anfällen können wir bei unserem Patienten vier grössere und drei kleinere Paroxysmen-Perioden im Verlaufe von 18 Monaten unterscheiden. Die erste grössere mit ca. 25 Anfällen gleich nach der Aufnahme vom 12. bis 22. Oktober mit ca. 20, die dritte von Mitte bis Ende März 1901 mit ungefähr 30 Anfällen und die vierte von Mitte bis Ende November 1901 mit 13 Anfällen. Schon der Umstand, dass der Allgemeinzustand des Patienten trotz dieser bedeutenden Zahl von Paroxysmen ein verhältnismässig guter ist, spricht für die hysterische Natur der letzteren, denn bei einer grösseren Zahl von epileptischen Anfällen im sogenannten status epilepticus ist das Allgemeinbefinden stets sehr schlecht, ja besorgniserregend, und die Temperatur erreicht bald sehr hohe Werte. Von alledem ist hier nichts der Fall. Ausserdem ist P. während der Paroxysmen-Perioden zwischen den einzelnen Anfällen physisch meist ganz frei; nur hin und wieder sind dämmerartige Zustände bemerkbar, wogegen der status epilepticus durch eine traumartige Beschaffenheit der gesamten Bewusstseinslage charakterisiert ist.

Nun aber ist andererseits nicht zu leugnen, dass mein Patient auch echte epileptische Anfälle, die, aber vollkommen getrennt von den hysterischen aufgetreten, erlitten hat. Am 18. X. wird von dessen Vater anamnestisch nachgetragen, dass er seit seinem 15. Lebensjahre an Krämpfen leide, dass letztere zuerst nur nachts aufgetreten seien, Patient sich dabei in die Zunge gebissen und ins Bett genässt habe. Diese genaue Angabe lässt kaum einen Zweifel übrig, dass wir es hier mit wirklichen epileptischen Anfällen zu thun haben. Ausserdem giebt uns die Krankengeschichte diesbezügliche Notizen.

So scheint der schwere Anfall, den P. am 23. VIII. erlitt, bei dem er aus dem Bette fiel, und der starke Benommenheit

im Gefolge hatte, ein epileptischer gewesen zu sein. 15. X. P. hatte nachts einen Anfall, bei dem er sich leicht in die Zunge biss; ähnliche nächtliche Anfälle mit Zungenbiss stehen am 1. XII., 3. und 16. III. verzeichnet. Am 1. IV. 01 endlich erleidet P., während er eingeschlafen ist, einen zweifellos epileptischen Anfall mit Zungenbiss und starker Benommenheit darnach. Ausserdem finden noch am 19. V., 30. VI., 19. XII. 01 und 1. II. 02 fünf echte epileptische Anfälle statt.

Der Zungenbiss nun kann bis heute noch als charakteristisch für epileptische Anfälle gelten; ebenso spricht das nächtliche Auftreten von Anfällen sehr für Epilepsie. Wir haben hier also neun Anfälle, von denen fünf höchstwahrscheinlich die andern vier mit Sicherheit als epileptische anzusprechen sind, ausserdem die zweifellos epileptischen Paroxysmen in der Jugend.

Noch bis vor wenigen Jahren galt als allgemein bindend die Anschauung, dass bei den epileptischen Krampfanfällen die Pupillen weit und reaktionslos seien, während sie in den hysterischen Paroxysmen ihre Reaktoin behalten; und dieses Verhalten ward als wertvolles differential-diagnostisches Moment angesehen. In dem bekannten Strümpellschen Schema zur Unterscheidung hysterischer und epileptischer Krämpfe heisst es noch in der Ausgabe von 1900 (3 pag. 632): ad 3 Pupillen weit und reaktionslos — Pupillen behalten ihre Reaktion. Dass dies diagnostische Merkmal nunmehr viel von seinem Werte eingebüsst hat, ist sicher erwiesen. Ferner wollen Nonne und Beselin (19) auch interparoxysmell auftretende Pupillenstarre beobachtet haben; jedoch bedürfen ihre Beobachtungen noch weiterer Bestätigung und genaueren Studiums, wobei besonders auf organische Affektionen zu achten und dieselben auszuschliessen wären. Besonders die lange Dauer der in Rede stehenden Erscheinung (in einem Falle 2 Jahre), für welche Nonne und Beselin eine Lähmung der sphincter iridis postulieren, spricht mit ziemlicher Sicherheit gegen ihre hysterische Natur.

Auf die während der hysterischen Paroxysmen auftretende Pupillenstarre haben zuerst Karplus (25) und A. Westphal (7) hingewiesen und dieselbe als über jeden Zweifel erhaben vorkommend hingestellt. A. Westphal sagt (l. c.): „Es giebt Fälle von Hysterie, in denen Pupillenstarre während der Anfälle, andere, bei denen sie im Anschluss an dieselben oder ohne nachweisbaren Zusammenhang mit Anfällen besteht."

Bei meinem Patienten ist diese Erscheinung nur während der hysterischen Anfälle beobachtet worden und zwar sowohl während der spontan aufgetretenen als auch der künstlich provozierten.

Am 12. X., während der ganze Körper steif ist, also im tonischen Stadium des Anfalls, sind die Pupillen weit und reaktionieren ca. 2 Minuten lang. Gleich darauf, während der Periode de contorsions etc., sind die Pupillen eng und reagieren prompt.

16. X. Bei einem provozierten rudimentären Anfall reagieren die Pupillen im ersten Stadium noch prompt, dann im tonischen zuerst träge, darauf garnicht mehr. Dasselbe am folgenden Tage. Die Abhängigkeit der Pupillenreaktion von der Phase des Anfalles geht soweit, dass, sowie der Druck auf die Ovarialgegend ausgeübt wird, die Erweiterung der Pupillen wie ein Begleiter des Opisthotonus prompt mit letzterem auftritt. Dies Spiel lässt sich mehrmals wiederholen.

Bei dem am 25. X. spontan auftretenden Anfalle hört die Reaktion während des Spasmus vollkommen auf, während sie vor und gleich nach demselben vorhanden ist. Desgleichen am 27. und 29. X. etc.

Auch auf Beleuchtung mit konzentriertem Lichte vermittelst einer eigens zu dem Zwecke konstruierten Lampe sind die Pupillen bei jedem Opisthotonus absolut lichtstarr gewesen.

Am 20. III. zeigen die Pupillen, nachdem sie während des provozierten Opisthotonus wie immer lichtstarr gewesen sind, Hippus.

Dass die Anfälle, in denen das besprochene Phänomen beobachtet ist, wirklich hysterischer Natur sind, habe ich bereits oben auseinandergesetzt; es erübrigt hier nur noch etwas über dessen Natur und Aetiologie mitzuteilen. Die Pupillenstarre lässt ihrem Wesen nach eine doppelte Auffassung zu, so dass man sie einerseits als durch Lähmung des Sphincter iridis, andererseits durch Krampf des Dilatator bedingt sein lassen kann.

Da bei den epileptischen Krämpfen das ganze sympathische Nervensystem stark in Mitleidenschaft gezogen wird, (durch zentrale Reize bedingt) so darf es von vorne herein nicht befremden, dass auch die radix sympathica vom ganglion ciliare in einen Reizzustand versetzt wird, und somit der von ihr versorgte Dilatator pupillae in Kontraktur gerät. Die Kontraktion des Iriserweiterers ist hier wohl nur als Teilerscheinung der allgemeinen Krämpfe aufzufassen.

Für die während des tonischen Stadiums der hysterischen Paroxysmen auftretende Pupillenstarre könnte man vielleicht eine gleiche Erklärung postulieren, wenn, wie es in meinem Falle thatsächlich geschieht, die beregte Erscheinung nur während der Spasmen auftritt, also zu einer Zeit, wo die ganze Körperinnervation, einschliesslich des sympathischen Systems, in einem maximalen Reizzustande sich befindet. Jedoch die Entscheidung der Frage, ob länger dauernde paralytische Mydriasis bei reiner unkomplizierter Hysterie (vgl. Nonne und Beselin (19) vorkommt, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten.

Die spastische Miosis im Fall 1 bei A. Westphal (l. c.) entsteht wohl sicher auf psychogenetischem Wege, denn sie verschwindet bei abgelenkter Aufmerksamkeit oder in der Hypnose. Zur näheren Erklärung letzterwähnter Erscheinung könnte man vielleicht eine Kontraktur-Diathese im Sinne P. Jannet's (14) annehmen, also eine Veranlagung zu latenten Kontrakturen; sie sind natürlich psychischen Ursprungs und beruhen auf Vorgängen unterhalb der Buwusstseinsschwelle.

Für den im tonischen Stadium des provozierten Opisthotonus am 20. III. aufgetretenen Hippus trifft mit Wahrscheinlichkeit dieselbe Erklärung zu, die A. Westphal für seinen Fall 2 (l. c.) giebt. Er sagt: „Den vorübergehenden Wechsel psychischer als eine Reaktion auf den fortwährenden Wechsel psychischer und sensibler Reize auf, die bei Hysterischen in so exquisiter Weise wirksam sind."

Ausserhalb der eigentlichen Anfälle befindet sich Patient gewöhnlich in vollkommen normalem Zustande. Er ist psychisch ganz frei und geht der ihm angewiesenen Beschäftigung nach. Es ist nichts von traumartiger Verworrenheit, von Dämmerzuständen wahrnehmbar. Nur einigemal tritt ein eigenartiger zwar ganz passagerer Zustand auf, den ich noch kurz erwähnen will. Ich führe wiederum zunächst die ad hoc gehörenden Stellen aus dem Krankenjournal an:

25. X. P. führt in fröhlich maniakalischer Stimmung einen Tanz auf.

27. X. P. scheint vor dem Anfalle in einem Benommenheitszustande allerhand deliriöse Bewegungen vorzunehmen.

31. X. Fragen werden erst nach längerer Zeit apperzipiert; abends führt P. mit einer fingierten Persönlichkeit ein Gespräch und versucht dann in Reimen zu reden.

Am 6. XI. sehen wir ihn nach dem Anfalle trampelnd im Zimmer umherlaufen; ins Bett gebracht, versucht er zu kratzen und zu beissen und ist sehr erregt. Vom Vater wird anamnestisch nachgetragen, dass P. zu Hause mehrere Male fortgelaufen sei, einmal sogar einen drei Meilen langen Weg nur mit dem Hemd bekleidet gemacht habe.

P. befindet sich am 18. und 19. II. in einem Dämmerzustande, in welchem er starre Körperhaltungen annimmt, die Glieder verrenkt, sich ins Gesicht schlägt, zu erbrechen versucht und dergl.

Wir sehen also, dass Patient sich in den angeführten Zeiten ganz eigenartig benimmt, vielleicht auch in einem Zustande

leicht veränderten Bewusstsein sich befindet. Jedenfalls handelt es sich um einen Erregungszustand, den man gewöhnlich als Moria bezeichnet, um eine maniakalischeVerstimmung, deren Auftreten uns eigentlich nicht Wunder nehmen kann, wenn wir uns den leicht reizbaren labilen Gemütszustand vergegenwärtigen, an dem unser Patient leidet, und der ein Charakteristikum des degenerativen Irreseins sowohl wie der Hysterie ist.

Nachdem ich nun die einzelnen Krankheitserscheinungen, die mein Fall darbot, isoliert besprochen habe, komme ich dazu, ihr Verhältnis zu einander näher zu erläutern.

Ich habe bereits eingangs zu zeigen versucht, dass mein Kranker ein dégénéré im Sinne Magnans ist, dass die Hysterie sich bei ihm auf dem Boden der Entartung entwickelt hat, dass schliesslich die Zwangsvorgänge eine Frucht, möchte ich sagen, des degenerativen Irreseins bilden.

Somit darf uns die Kombination der hysterischen mit der Zwangsneurose nicht befremden. Wie steht es nun aber mit der Epilepsie, an der unser Patient zweifellos leidet?

Die Grenze zwischen Hysterie und Epilepsie ist bekanntlich nicht allemal leicht zu ziehen. Bekannt ist das Strümpellsche Schema (3. pag 632) zur Unterscheidung epileptischer und hysterischer Krämpfe. Leider lässt es sich nicht mehr ganz aufrecht erhalten. Allerdings wäre es im klinischen Interesse nur zu wünschen, durch die von Strümpell angeführte Puncta eine strikte Trennung beider in Rede stehenden Neurosen durchführen zu können. Der leichteren Orientierung halber will ich sie hier gekürzt folgen lassen:

Krämpfe:

Epileptische:	Hysterische:
1. Plötzliches Hinfallen, dabei Verletzungen.	1. Langsames Hinsinken ohne Verletzungen.
2. Plötzliches Erblassen, dann starke Cyanose.	2. Kein starkes Erblassen, keine Cyanose.

3. Pupillenweit und reaktionslos.	3. Pupillen behalten ihre Reaktion.
4. Krämpfe in Zuckungen, Bissverletzungen.	4. Krämpfe in ausfahrenden Bewegungen, kein Zungenbiss.
5. Anfänglicher Schrei, totale Bewusstlosigkeit.	5. Nur Bewusstseinstrübung, krampfhaftes Schreien etc.
6. Kurze Dauer, danach tiefer Schlaf.	6. Längere Dauer, oft plötzliches Erwachen.
7. Suggestive und hypnotische Proceduren, auch äusserer Reiz ohne Einfluss.	7. Anfälle lassen sich künstlich hervorrufen oder hemmen. Kaltwasserreize etc. beeinflussen sie gleichfalls.
8. Sonstige hysterische Symptome fehlen.	8. Gleichzeitig noch andere hysterische Symptome oft nach den Anfällen zurückbleibend.

Dass ein plötzliches Insichzusammensinken auch bei hysterischen Anfällen vorkommt, wird beispielsweise von Steffen (8) berichtet, zugleich mit Verletzung des Nasenbeins. Das Erblassen und die Cyanose ist gleichfalls nicht charakteristisch für die epileptischen Anfälle. Wie unsere Krankengeschichte besagt, gehn bei unserem Patienten viele hysterische Anfälle mit starker Cyanose einher.

Gegen den dritten Punkt spricht unser Fall in deutlicher Weise, indem die Pupillen während der grossen hysterischen Anfälle im tonischen Stadium weit und reaktionslos sind.

Auch der folgende Punkt wird teilweise durch meinen Patienten widerlegt, denn der hysterische Anfall am 10. I. 01 geht mit starken stossweisen Zuckungen einher, so dass P. aus dem Bette fällt. Selbst Zungenbisse sollen nach Charcot in den grossen hysterischen Paroxysmen vorkommen.

Vielleicht sind auch die leichten Zungenbisse in den Anfällen am 15. X., 1. XII. und im März 1901, über deren Natur ich oben nicht bestimmt zu entscheiden wagte, hierher zu rechnen.

Der 5. Punkt erfordert mehr Anerkennung, insofern als vollkommene Bewusstlosigkeit im hysterischen Anfalle wohl kaum vorkommen dürfte, wenn auch Steffens sie für erwiesen hält.

Der 6. Punkt ist wenig belangreich; abgesehen von sehr kurzen hysterischen Anfällen kommen auch lange dauernde epileptische vor, z. B. acht Stunden lange Krämpfe in Fall 4 bei Steffens. (l. c.)

Das folgende Merkmal hingegen verdient am meisten Beachtung; denn suggestive Prozeduren und äussere Reize sind bei epileptischen Krämpfen thatsächlich ohne jeden Erfolg, während andererseits die hysterischen sich dadurch auszeichnen, dass man sie, wie es in unserem Falle oft genug geschehen ist, willkürlich hervorrufen und hemmen kann. Dieser Umstand verdient also als wichtiges differential-diagnostisches Moment festgehalten zu werden.

Ebenso der folgende Punkt, jedoch mit der Einschränkung, dass wir vielfach auf dies Zeichen allein nicht recurrieren können, da die postulierten hysterischen Symptome Anasthesien, Lähmungen etc. oft, wie auch in meinem Falle, überhaupt nicht vorhanden sind.

Nach dieser Betrachtung wird man vielleicht geneigt sein, Karplus (25) beizustimmen, wenn er sagt: „Anfälle von Angst, Blässe, Hallucinationen, sind nach unserer Meinung nicht etwa charakteristisch für Hysterie aber auch nicht für Epilepsie; wie auch das petit mal nicht pathognostisch für Epilepsie ist.

Mein Patient erleidet übrigens auch einige solche kleine Anfälle, in denen ihm plötzlich schwindlig wird, über deren epileptische oder hysterische Natur ich nicht zu entscheiden vermag.

Weiterhin glaube ich Karplus beistimmen zu müssen, wenn er an selbigem Orte schreibt: „Wir kennen keine Art von Anfällen, kein Symptom, das an und für sich gestatten würde, die Diagnose Epilepsie mit Sicherheit zu stellen, und ich glaube, dass es überhaupt keins giebt.“

Dazu kommt nun, dass einige eigenartige Uebergangsfälle von sogenannter Hystero-Epilepsie sicher beobachtet sind. So sehen wir bei A. Westphal (7) in Fall 3, wie hysterische Anfälle mit epileptischen abwechseln; sodann bleiben nach völligem Verschwinden der hysterischen Paroxysmen epileptische bestehen.

Derselbe Autor sagt ebenda: „Eine kurze Periode von Anfällen sogenannter Hystero-Epilepsie hat hier den Uebergang von Hysterie zur Epilepsie gebildet."

Zu seinem Fall 4 (Anfälle mit Pupillenstarre nach Bleiintoxication, welch letzterer besonders Epilepsie häufig folgt) bemerkt A. Westphal: Wenn wir es dahingestellt lassen, ob im vorliegenden Falle irgend welche Berührungspunkte mit Epilepsie bestehen, so liegt doch der Gedanke an die Möglichkeit solcher Beziehungen nahe, besonders da die Anfälle in der Kindheit mit erhaltener Lichtreaktion verliefen." Trotzdem erscheint es vor der Hand noch nicht angezeigt, irgend ein bindendes Urteil über die Beziehungen beider in Rede stehenden Krankheitsformen zu fällen, und ob die Annahme einer sogenannten Hystero-Epilepsie zu Recht besteht, will ich hier nicht zu entscheiden wagen.

In letzter Zeit vollends ist die Verschiedenheit beider Neurosen immer schärfer betont worden, eine Auffassung, der ich mich hier vollkommen anschliesse. So sagt Sommer (31): „Beide Krankheiten sind toto genere von einander verschieden; genuine Epilepsie beruht wahrscheinlich auf einer Autointoxication mit materiellen Veränderungen der Substanz; die Hysterie dagegen ist eine pathologische Steigerung der normalen Beeinflussbarkeit mit daraus resultierenden funktionellen Störungen der nervösen Mechanismen."

Und auf derWanderversammlung der süddeutschen Neurologen zu Baden-Baden im Mai d. Js. (32) hat man sich dahin ausgesprochen, dass beide Neurosen prinzipiell von einander verschieden seien, dass die Hysterie ohne pathologische Ana-

tomie sei und bleiben werde, die Epilepsie dagegen eine, wenn auch noch unbekannte pathologische Anatomie habe.

Es lag mir also daran, an der Hand des vorliegenden Falles, der in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert ist, indem er uns einmal die Erscheinung der stets mit aller Sicherheit und Vorsicht beobachteten Pupillenstarre während typisch hysterischer Anfälle bietet, sodann uns das Bild einer wohlausgebildeten Zwangsneurose vor Augen führt, endlich sowohl die hysterische wie epileptische Psychoneurose in prägnanter Ausbildung und Form uns vergegenwärtigt — es lag mir daran, zu zeigen, wie die Hysterie sich mit dem Zwangsirresein kombinieren, andererseits wie sie mit und neben der Epilepsie zu voller Entwickelung kommen und getrennt neben jener verlaufen kann, wie sodann endlich alle drei Krankheitsformen als auf degenerativer Basis entstanden, zu denken sind.

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Westphal für die liebenswürdige Ueberweisung des Falles sowie für die Unterstützung bei der Arbeit meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Litteratur-Verzeichnis.

1. E. Kraepelin, Allgemeine Psychiatrie 1899.
2. — Klinische Psychiatrie 1899.
3. A. Strümpell, Specielle Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten Bd. III. 1900.
4. G. Störring, Vorlesungen über Psychopathologie. 1900.
5. Wilh. Wundt, Grundriss der Psychologie. 1898.
6. C. Westphal, Über Zwangsvorstellungen. — Archiv für Psychiatrie VIII.
7. A. Westphal, Über Pupillenerscheinungen bei Hysterie. — Berlin. Klin. Wochenschrift. 1897 Nr. 47.
8. P. Steffens, Über drei Fälle von Histeria magna. — Archiv für Psychiatrie 1900.
9. — Über Hysterio-Epilepsie, ebenda.
10. G. Ilberg, Referat über drei Fälle Hysteria magna von P. Steffens. — Neurolog. Centralblatt. 1901. Nr. 8.
11. P. Samt, Epileptische Irreseinsformen. — Archiv für Psychiatrie Bd. V u. VI.
12. Thomsen, Klinische Beiträge zur Lehre von den Zwangsvorstellungen. Archiv für Psychiatrie 1895.
13. Loewenfeld, Weitere Beiträge zur Lehre von den psychischen Zwangszuständen. — Archiv für Psychiatrie. Bd. XXX. 1898.
14. Pierre Janet, Der Geisteszustand der Hysterischen (Die psychischen Stigmata) 1899.
15. Breuer u. Freud, Studien über Hysterie. 1895.
16. Magnan, Psychiatrische Vorlesungen.
17. Loewenfeld, Pathologie und Therapie der Neurasthemie und Hysterie 1894.
18. Binswanger, Über die Beziehungen des moralischen Irreseins zu der erbl. degenerativen Geistesstörung. — Sammlung klinischer Vorträge, herausgegeb. von Rich. Volkmann No. 292. 1887.
19. Nonne-Beselin, Über Kontraktur und Lähmungszustände der exterioren und interioren Augenmuskeln bei Hysterie. — Festschrift zur Feier des 80 jähr. Stiftungsfestes des ärztl. Vereins zu Hamburg. 1896.
20. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. 1890.
21. Ziehen, Psychiatrie. 1894.

22. Giannuli, Rom, Zwei Fälle von männlicher Hysterie mit Delirien des affectiven Gedächtnisses — Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. IX. 1901.
23. A. Westphal, Über Hysterie, — Sitzung des medicin. Vereins zu Greifswald 4. Mai 1901. — Deutsche medicin. Wochenschrift 1901 Nr. 23.
24. E. Sokolowski, Hysterie und hysterisches Irresein. — Centralblatt für Psychiatrie Bd. VI. Neue Folge 1896.
25. I. P. Karplus, Über Pupillenstarre im hysterischen Anfalle. — Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie, Wien, 1898.
26. E. Morawcsik, Budapest, Einige praktische Bemerkungen über Hysterie und Hypnotismus, an der Hand eines Falles von castrischer Hystero-Epilepsie. — Berlin. Klin. Wochenschrift 1890 Nr. 3.
27. H. Oppenheim, Thatsächliches und Hypothetisches über das Wesen der Hysterie. — Ebenda No. 25.
28. A. Hoche, Strassburg, Referat, Quelques définitions recentes de l'hystérie par Janet — Neurolog. Centralblatt 1894 No. 2.
29. Sigm. Freud, Die Abwehr — neuro — psychosen. Versuch einer psycholog. Theorie der acquirirten Hysterie, vieler Phobien und Zwangsvorstellungen und gewissen hallucinator. Psychosen. Ebenda No. 10 u. 11.
30. F. Nissl, Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. — Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1902. No. 144.
31. Die Stellung der Hysterie zur Epilepsie von Dr. O. Kaiser. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. April 1901 Heft 4.
32. Neurolog. Centralblatt No. 23. 1. Juli 1902. XXVIII. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden am 24. u. 25. Mai 1902. Pr. Hoche, Referat über Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie.

Lebenslauf.

Verfasser, Maximilian, Victor Lemke, katholischer Konfession, ist geboren am 13. October 1875 als Sohn des Rectors der Bürgerschule Franz Lemke zu Putzig, Westpreussen, und seiner Gattin Agnes, geb. Krajewska. Bis zum 12. Lebensjahre vom Vater unterrichtet, besuchte er von October 1887 bis Ostern 1896 das Königl. Gymnasium zu Strassburg in Westpreuss. Nachdem er in letztgenanntem Jahre sich das Zeugniss der Reife erworben, studierte er die ersten drei Semester in Pelplin Westpreussen Theologie, sodann in Breslau Medicin, woselbst er am 8. Nov. 1899 das Tentamen physicum bestand. Ostern 1901 bezog Verfasser die Universität Greifswald und beendigte daselbst am 7. Juli 1902 das medicinische Staatsexamen. Sogleich nach bestandener Prüfung erhielt Verf. die Stelle als II. Assistenzarzt an der Königl. Psychiatr. Klinik der Universität Greifswald. Das Examen rigorosum bestand er am 12. Juli 1902.

Während seiner medicinischen Studienzeit hörte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Breslau:

Bonhöffer, Brefeld, Cohn, Filehne, Flügge, Fränkel, Groenouw, Henke, Henle, Heydweiller, Hürthe, Kast, Kausch, Kückenthal, Kühnau, Kümmel, Küstner, Ladenburg, Meyer, von Mikulicz-Radecky, Neisser, Pfannenstiel, Ponfick, Rohde, Röhmann, Sachs, Uthoff, Wernicke.

In Greifswald:

Beumer, Bier, Busse, Krehl, Loeffler, Lüthje, Martin, Schirmer, Schulz, Strübing, Westphal.

Allen diesen Herren spricht Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Hysterie und Epilepsie sind als zwei principiell von einander verschiedene Neurosen aufzufassen.

II.

Die bisher aufgestellten Glaucomtheorien erklären nicht das eigentliche Wesen des Glaucoms.

III.

Für die Ausbildung der Myopie bei Schulkindern ist in den weitaus meisen Fällen die mangelhafte Durchführung hygienischer Massnahmen in der Schule selbst verantwortlich zu machen.